Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*22.02.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]



Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - [redacted]
- Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG 12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  -
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  -
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  -
  -
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  -
  -
- IBBS
  - [redacted]
  -
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- ZIG 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.390.928 (+4.369), davon 67.903(+62) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 61/100.000 EW ○ 46/100.000 EW in der Altersgruppe (AG) 60-79 Jahre, 77/100.000 EW in der AG > 80J ○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.312.351 (4,0%), mit 2 Impfungen 1.756.478 (2,1%) ○ 235/412 Kreise (+3) mit 7-Tage-Inzidenz >50/100.000 EW ○ 49/412 Kreise mit 7-Tage-Inzidenz >100/100.000 EW ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Einige BL bleiben stabil, andere zeigen eher einen Anstieg der Inzidenz ▪ In TH ist der Anstieg weniger steil als befürchtet, pendelt sich auf hohem Niveau ein ○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ Ähnlich wie in der Vorwoche, nur 70 LK <50/100.000, Mehrzahl der LK >50/100.000 oder auch deutlich höher ▪ Im Osten (BY, TH, SN, SA) und weniger auch im Norden (Flensburg) LK mit sehr hoher 7-Tage-Inzidenz ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldedatum ▪ In der AG >80 J Abnahme ▪ In den AG 5-14 und 15-34J leichter Anstieg ▪ Inhomogenes Bild in der Auswertung nach Bundesländern: In BY Abnahme in der AG >80J, in anderen BL in dieser Gruppe die höchste Inzidenz ▪ In BB, BE, BW insgesamt Tendenz zum Plateau, in der AG >80J eher Abnahme ▪ [redacted] ▪ In NW Anstieg in den AG 5-14, 15-34 und 35-39J ▪ Im SL Abnahme entgegen der Erwartung (Grenze zu FR), ▪ In SN geringe Zunahme in den AG 15-35 und 35-39J, Abnahme in der AG >80J ▪ In SH Anstieg in der AG > 80J ○ Differenz der 7-Tage-Inzidenz in den letzten 7 Tagen im Vergleich zu den 7 Tagen davor (Folie hier) ▪ SH und SL haben sich im Vergleich verbessert ▪ BY, TH, SN und NS zeigen einen Anstieg	[redacted] [redacted]

    - Weitere Entwicklung muss insbesondere in BY und TH beobachtet werden

- Aufbereitung der Zahlen zur Verbreitung besorgniserregenden Varianten (VOC) ist in Arbeit, werden am Mittwoch vorgestellt [redacted] — [redacted]

- Diskussion — Alle
    - Insgesamt sind die unterschiedlichen Trends und Verläufe schwer zu interpretieren
    - Kein klares Bild zu erkennen, eher unruhig in den jüngeren AG, Verbreitung von VOC und Beteiligung am unruhigen Bild können noch nicht beurteilt werden
    - Frage: BY testet von allen BL am meisten/100.000EW, beeinflusst das die Zahlen? (Differenz der 7-Tage-Inz.)
    - AW: Eher nicht, das Testaufkommen wurde in den letzten 14 Tagen ja nicht erhöht
    - Positivanteil in Bayern (aus ARS-Daten) ist geringer als im Bundesdurchschnitt und Deutschlandweit am niedrigsten (etwa 5%), das spricht dafür, dass Bayern viel testet
    - [redacted]
    - [redacted]
    - [redacted]
    - Auch in Altersheimen hat das häufigere Testen nicht (in der Breite) zu einer Verhinderung von Ausbrüchen geführt, dies zeigt, dass auch vermehrtes Testen trotz gewisser Erfolge nicht bestimmte Bereiche infektionsfrei halten kann
    - Deutschlandübersicht (Dashboard) zeigt über Deutschland verteilt kein gleichmäßiges Geschehen, es gibt viele Einflussfaktoren

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- In AG >80J zeigen sich Erfolge in der 7-Tage-Inzidenz, ein essentieller Indikator ist in den anderen Altersgruppen die Positivrate. Liegt sie beispielsweise bei 10%, wird zu wenig getestet
- Es ist zu beachten, dass die Positivrate bei gleichbleibenden Testzahlen eine hohe Aussagekraft zum Infektionsgeschehen hat. Davon ist der Ansatz zu unterscheiden, an der Rate abzulesen, wieviel getestet wurde bzw. werden soll
- Wichtig wäre, genau zu wissen, wer im Alter <70J sich derzeit infiziert
- Toolbox ist ausgeschöpft, Maßnahmen müssten schärfer zugeschnitten werden auf genauer beschriebene Zielgruppen
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- Es könnte diskutiert werden, ob eine CWA-basierte Umfrage bei bestimmten Personen zu Risikofaktoren genutzt werden kann
- Welche Empfehlungen können in der aktuellen Situation noch ausgesprochen werden (außer bei Symptomatik zu Hause zu bleiben)?

	▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ Besser gegensteuern: großzügigere Definition von KP I, Durchsetzung der bestehenden Regeln verschärfen, dafür sorgen, dass Geimpfte nicht zu unvorsichtig werden ▪ Empowerment des Einzelnen müsste gestärkt werden, um Fälle früher zu identifizieren und Konsequenzen schneller veranlassen zu können, wie kann dies der Bevölkerung vermittelt werden? ▪ Vorschlag: Breite Kommunikationskampagne zu den Übertragungswegen (auch asymptomatisch) da immer noch wenig Information dazu bekannt ist, verbinden mit der Erklärung, dass davon z.B. die Öffnung von Geschäften abhängt ▪ Effekte von Informationskampagnen sind endlich ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ [redacted] ▪ Die Bedeutung der zielgruppengerechten Sprache bzw. Ansprache soll dabei betont werden (z.B. durch Influencer, prominente Persönlichkeiten etc.) *ToDo: Pressestelle übernimmt auf der Grundlage der heutigen Diskussion die Federführung* [redacted] *Ein Bericht, der (von* [redacted] *federführend verfasst) bereits vorliegt und als Email versendet wurde, kann herangezogen werden, Abt. 3 soll einbezogen werden*	[redacted] [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • **CWA** ○ Evaluation steht im Fokus ▪ [redacted] ▪ [redacted]	[redacted]

        - Zur erfolgreichen Kontaktpersonennachverfolgung der GÄ (als Benchmark) steht wenig belastbares Material zur Verfügung
        - Austausch bezgl. SORMAS erfolgt über [redacted]
        - Eine Ereignis-getriggerte Befragung aller Personen, die eine rote Warnung erhalten haben, ist angestrebt: ein Link in der CWA führt zu den Voxco-Dokumenten und zur Befragung
        - Bisher wurden alle diesbezüglichen Prüfungen bestanden
        - Diese Anwendung würde über die Evaluation hinaus einen etablierten Weg ermöglichen, eine große Personenzahl anzusprechen, inwiefern eine Nutzung über Evaluation und Kurzbefragung hinaus möglich ist, bleibt zu eruieren
        - Falls ja, wird dies Interesse bei verschiedenen Stakeholdern und Playern wecken

- **DEA**
    - Nach wie vor sehr hohe Workload
        - Hohes Anfragenaufkommen von Pendlern und Transportunternehmen, da auch Pendler und Durchfahrende ohne Wohnsitz eine DEA ausfüllen müssen
        - [redacted]
        - [redacted]
        - [redacted]
        - Upload von Testergebnisse soll bis Ostern ermöglicht werden, hierfür ist kein internat. Standard verfügbar
        - Sehr knapper Zeitplan für Bundesdruckerei und RKI (bspw. ist nicht geklärt, ob PDF oder JPG verwendet werden soll)
- **DEA**
    - Frage zur Erwähnung der Datenspende-App im Lagebericht: Kann von [redacted] beantwortet werden

- **DEMIS**
    - Derzeit melden 347 Labore über DEMIS
    - Es wird geprüft, ob die Daten über IMS nutzbar zu machen sind

[redacted]

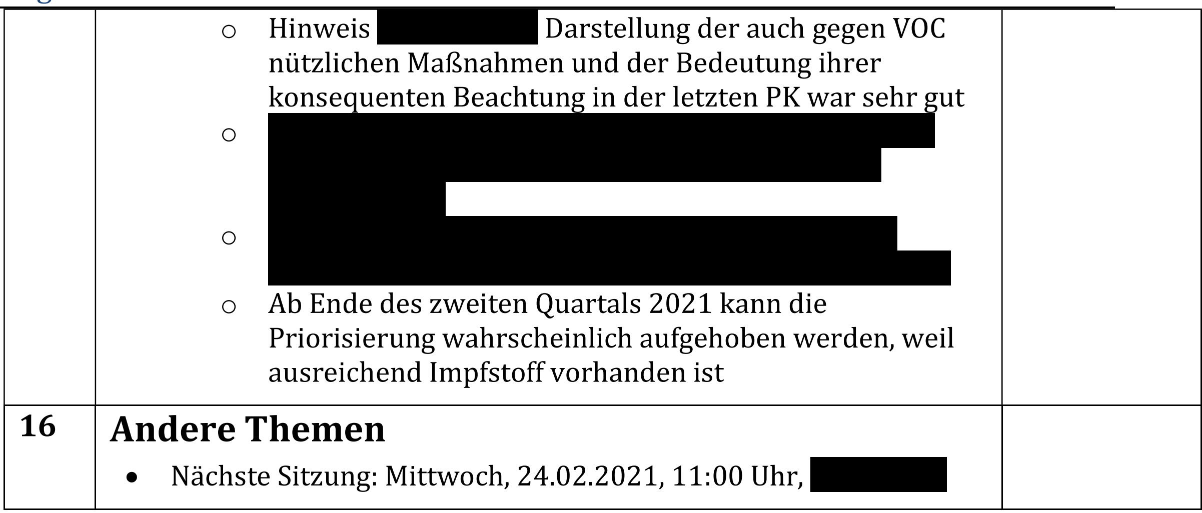
    - Integration der Datenflüsse in Beziehung zu SORMAS wird untersucht

	○ Im SORMAS- Team ist ein „Lessons learned"-Workshop zur Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung terminiert	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • [redacted] [redacted]	FG 36
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Themen (s. auch Diskussion unter „Aktuelle Lage") **Presse** • Artikel zu Schnelltests ist heute (22.02.2021) im EpiBull online gestellt worden	Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • S. bitte Diskussion unter „Aktuelle Lage" **a) RKI-intern** • **Nicht besprochen**	
7	**Dokumente** • **Nicht besprochen**	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • **Nicht besprochen**	
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** • Update aus dem AGI Sentinel, KW 6-7 ○ Insgesamt 276 Proben analysiert ○ Positivenquote: SARS-CoV-2 7% Rhinoviren 10% Saisonales HCoV NL63 2% ○ Kein Influenzanachweis • Sequenzierung (auch einiger AGI Proben) ○ In 45 Proben wurde 8x B.1.1.7 identifiziert ○ In einer Probe wurde B.1.525 identifiziert (in DK als VOC bezeichnet) ○ Seit Januar in D 16-17 Identifizierungen (in 5662 proben) von B.1.525 (etwa 0,28%) ○ Keine Aussagen zur geografischen Verteilung bisher ○ Zunahme wird weiter beobachtet • **ZBS 1** ○ Insgesamt 629 Einsendungen, davon 194 SARS-CoV-2 positiv (30, 8%) ○ Alle werden gescreent auf 501Y	FG17 [redacted] [redacted]

	○ [redacted] ○ [redacted] *ToDo: Dienstag in AG Diagnostik skizzieren, welche Informationen hier eventuell extrahiert werden könnten* ○ AW: Information ist nur bei einem Teil der Proben vorhanden ○ Frage: Ist bei B.1.525 die Mutation 484K vorhanden? ○ Ja, sorgt für verlängerte Reaktion mit AK ○ In DK stieg der Anteil von 0,1 auf 2%, wurde deshalb zu VOC erklärt ○ Sollte diese VOC in die Ad hoc- Analysen einbezogen werden? ○ Nach Mutation 484K wurde bereits gesucht (nicht nach B.1.535), viele der Proben wurden zur Sequenzierung weitergereicht, Anteil von B.1.525 sehr gering ○ Sollte jedoch bei PCR Interpretation im Blick bleiben, damit Mutation keine falschen VOC zugewiesen werden ○ Frage: Lage wird komplizierter, es gibt 4 Datenquellen, ist es sinnvoll, diesen klare Bezeichnungen zuzuordnen? ○ Frage: Ist im Bericht eine Grafik sinnvoll, die Darstellt, nach welchem Algorithmus die Annäherung an VOC erfolgt? ○ AW: Algorithmus ist eventuell besser in den Hinweisen zur Testung unterzubringen (auch, um die GÄ mitzunehmen) ○ Die jetzt gezielte Suche nach VOC wird zeitnah abgelöst werden durch das regelmäßige Screening im Rahmen der IMS ○ Neubenennung der Datenquellen wird positiv gesehen, Vorschläge sollten von außen kommen *ToDo: Vorschläge für die Neubenennung der Datenquellen zu VOC sind erwünscht*	ZBS 1 [redacted] Alle
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **Entlassmanagement aus der Isolierung** ○ Eine neue Veröffentlichung zeigt bei 7 Studienteilnehmern die mit B.1.1.7 infiziert waren, eine Verlängerung der Ausscheidungsdauer auf 13,3 Tage im Vergleich zu 8,2 Tagen bei Infektion mit dem Wildtyp. Welche Schlüsse sollen daraus gezogen werden? ○ Isolierungszeit liegt derzeit bei 10 Tagen ○ Frage: Welche Klinik/Verlaufsschwere lag den Studienfällen zugrunde? Für Risikogruppen (nach schwerem Verlauf, vor Verlegung in vulnerable Einrichtungen mit vulnerablen Gruppen) ist bereits ein Test vor Entisolierung empfohlen	[redacted]

	○ Es wir in der Veröffentlichung angenommen, dass die höhere Infektiosität von der verlängerten Ausscheidung verursacht wird (Laut [redacted] zeigt B.1.1.7 im Tierversuch ansonsten kein anderes Verhalten, als der Wildtyp). Deshalb geht es hier grundsätzlich um alle Verläufe ○ Frage an IBBS: Sind sogar 14 Tage möglicherweise zu kurz? ○ AW: Bisher gab es keine Hinweise hierzu, STAKOB-Gesamtkonferenz am 22.02.2021 soll für eine gezielte Abfrage diesbezüglich genutzt werden ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Könnte eine Angleichung von Isolierung und Quarantäne auf 14 Tage sinnvoll sein? ○ Hinweis: VOC können zwar neue Reaktionen erfordern, Änderungen sollten nicht zu engmaschig erfolgen ○ Es wird angeregt, Kontakt mit [redacted] aufzunehmen mit der Frage, ob mit den Studiendaten eine Modellierung möglich ist *ToDo: IBBS erarbeitet nach STAKOB- Beratung und unter Beteiligung von* [redacted] *AG Diagnostik federführend einen Vorschlag zu modifizierten Empfehlungen bzgl. der Isolierungsdauer* *Deadline: möglichst Mi 24.02, spätestens Fr. 26.02.* → Aufgaben [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	IBBS [redacted] [redacted] [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • **Nicht besprochen**	
12	**Surveillance** • **Corona-KiTa-Studie** (Folien hier) ○ GrippeWeb: ▪ Anstieg 5. auf 6. KW von ARE in der der AG 0-5J ▪ Wird beobachtet, noch nicht beurteilbar ○ Covid-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen ▪ Zahlen stagnieren, kleiner Anstieg in den höheren Altersgruppen, eventuell relativer Anstieg, da andere AG sinken ○ Ausbrüche ▪ 43 neue Ausbrüche wurden gemeldet	[redacted]

	▪ Median der Fallzahl /Ausbruch steigt von 4 auf 6 Fälle ▪ Ob dies durch B.1.1.7 verursacht ist, wird derzeit in 4 KiTas untersucht • **Meldepflicht für Sequenzierungsergebnisse** ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Dies betrifft auch das RKI: Die Weitergabe der personenbezogenen Daten bei Charakterisierungen ist ein bekanntes praktisches Problem, das transparent gemacht und datenschutzkonform gelöst werden muss ○ Voraussetzung für den Datenfluss zw. den Laboren ist ein geeigneter Identifier, der von diesen auch gewünscht wird ○ Über DEMIS/Identifier könnte eine Meldung durch das primär diagnost. Labor an das GA erfolgen, die Umsetzung dieser Lösung würde 3-4- Wochen dauern ○ Typisierungs-ID ist ungeeignet, da sie erst nach der Typisierung vergeben wird ○ System sollte insgesamt nicht zu sehr verändert werden ○ Sequenzierung wird als direkter Erregernachweis an Bedeutung gewinnen [redacted]	[redacted] [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • GMK 23.02.2021 [redacted] ○ Themen voraussichtlich: besorgniserregende Varianten, VOC	



	○ Hinweis [redacted] Darstellung der auch gegen VOC nützlichen Maßnahmen und der Bedeutung ihrer konsequenten Beachtung in der letzten PK war sehr gut ○ [redacted] ○ [redacted] ○ Ab Ende des zweiten Quartals 2021 kann die Priorisierung wahrscheinlich aufgehoben werden, weil ausreichend Impfstoff vorhanden ist	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.02.2021, 11:00 Uhr, [redacted]	

Sitzungsende: 14: 54